

Le contrat est souscrit par Finare auprès de la Mutuelle SMI.

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Les garanties "frais médicaux" ont pour objet, en cas de maladie ou de maternité, d'assurer au membre participant et éventuellement à ses ayants-droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie, en complément des remboursements effectués par le régime obligatoire au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

Définition des bénéficiaires

Les bénéficiaires des prestations de la Mutuelle SMI sont les membres participants et leurs ayants-droit figurant sur le bulletin d'affiliation.

Les ayants-droit sont ceux reconnus au titre des remboursements par la Sécurité Sociale française. Peuvent être concernés le conjoint (ou concubin ou partenaire lié par un pacs), les enfants à charge et les ascendants à charge.

Le nouveau-né est garanti à la date de sa naissance si la demande en est faite à la Mutuelle SMI dans les trois mois qui suivent la naissance (sous réserve que les droits aux prestations du membre participant soient ouverts).

ARTICLE 2 – MODALITES D'AFFILIATION

L'affiliation prend effet au 1er jour du mois précisé sur la demande de souscription, pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de l'année. Elle se poursuit ensuite par tacite reconduction sauf en cas de demande de résiliation.

Conformément à l'article 27 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 dite "loi informatique et liberté", le membre participant peut obtenir à tout moment communication et le cas échéant, rectification des informations détenues, sur simple demande écrite à la Mutuelle SMI

ARTICLE 3 – PRESTATIONS GARANTIES

Les prestations au verso viennent en complément des remboursements effectués par le régime obligatoire de l'assuré, au titre des prestations en nature de l'assurance maladie. En conséquence, l'absence de prise en charge par le régime obligatoire du membre participant et/ou de ses ayants-droit entraîne l'absence de remboursement de la Mutuelle SMI, sauf stipulation expresse contraire prévue aux conditions particulières du contrat.

Les prestations accordées au titre du présent contrat prennent en charge, dans les conditions et limites fixées par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et des textes pris pour son application, les prestations liées à la prévention, aux consultations et prescriptions du médecin traitant mentionné à l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale

Dans l'hypothèse où certaines dispositions du présent contrat se révéleraient en contradiction avec la définition des contrats dits « responsables » fixée par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application, elles doivent être considérées comme réputées non écrites à la date d'effet de ladite définition. Lorsque cela sera possible, les garanties seront adaptées en fonction de la définition des contrats dits « responsables » fixée par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application.

Dans le cas où le membre participant aurait perçu indûment ou par erreur des prestations, la Mutuelle se réserve le droit de lui en réclamer le remboursement.

Peuvent être exclus, les membres qui auraient causé volontairement, aux intérêts de la Mutuelle, un préjudice dûment constaté.

Les actes médicaux dont la date est antérieure à la date d'ouverture des droits ne sont pas remboursables, la date de référence étant la date de prescription ou celle figurant sur le décompte.

La Mutuelle SMI se réserve le droit, avant ou après le paiement des prestations et afin d'éclaircir sa décision de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement. En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle.

La Mutuelle SMI peut également demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

Aucune prestation ne sera servie, ni après la date d'effet de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs, produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie et de la dépense réellement engagée, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le membre participant peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Les remboursements des frais ne peuvent excéder le montant restant à la charge du membre participant, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

ARTICLE 4 – PROCEDURES DE REMBOURSEMENTS

Les demandes de remboursement sont reçues et traitées par la Mutuelle SMI :

- soit par télétransmission de type « NOEMIE » ou autre, directement en provenance du centre de paiement de l'organisme obligatoire dont dépend le bénéficiaire,
- soit sur présentation par le membre participant, des décomptes ou relevés de décomptes du Régime Obligatoire, des tickets modérateurs et des factures, seules pièces justificatives ouvrant droit au remboursement. Seuls les documents originaux seront pris en compte par la Mutuelle SMI

Aucun des documents reçus par la Mutuelle SMI pour effectuer ses remboursements ne sera restitué. Il appartient donc au membre participant de garder, s'il le souhaite, une copie de ses documents avant envoi.

ARTICLE 5 – CCAM et REFORME SECURITE SOCIALE

Compte tenu de la réforme en cours de l'assurance maladie et de l'entrée en vigueur progressive de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), l'expression, les règles d'application et les modes de liquidation des garanties seront adaptées par la SMI au plus tôt, à la date d'application par la Sécurité Sociale des dispositions et/ou des bases de remboursement (CCAM) nouvelles, de telles sortes que les garanties et remboursements exprimés en fonction des anciennes règles et nomenclatures restent les mêmes (dans la mesure du possible) sous l'empire des nouvelles dispositions et bases de remboursement (CCAM) et que l'incidence de ces nouvelles dispositions et bases de remboursement (CCAM) soit neutralisée à l'égard des parties et des bénéficiaires.

ARTICLE 6 – FORCLUSION

Le membre participant ne pourra prétendre au bénéfice des prestations servies par la Mutuelle SMI, pour tout décompte de son régime obligatoire, factures, tickets modérateurs et autres documents, présentés deux ans après la date de soins.

Ce délai s'applique également pour le versement des allocations mariage, naissance et obsèques, à compter de la date de l'événement.

ARTICLE 7 – RISQUES EXCLUS

Les garanties ne couvrent pas, conformément à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application :

- la participation mentionnée au II de l'article L.322-2 du Code de la sécurité sociale ; cette participation reste donc à la charge des membres participants et de leurs ayants -droit.

- conformément à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et selon les conditions fixées par les textes pris pour son application :

- la majoration du ticket modérateur mise à la charge des assurés par l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale dans le cas où l'assuré n'a pas choisi de médecin traitant ou consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant,
- les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation (visée à l'article L.161-36-2 du Code de la Sécurité sociale) au professionnel de santé auquel il a eu recours d'accéder à son dossier médical personnel et à le compléter.
- les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la sécurité sociale ;

4. tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application.

A moins qu'elles ne soient prises en charge par le régime obligatoire du membre participant, ne sont pas garantis les dépenses de santé et d'une façon générale tous les frais résultant :

- du fait intentionnel du bénéficiaire.
- d'une cause non liée directement par une maladie ou un accident, tels que les cures de rajeunissement, amaigrissement, traitements esthétiques, transformations sexuelles, traitements par psychanalyse.
- de séjours en maisons de retraite, services de gérontologie et de gériatrie.
- du forfait hospitalier acquitté à l'occasion d'un séjour en Etablissements et/ou services pour maladies nerveuses, mentales ou psychiatriques.
- directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères.

ARTICLE 8 – PRESCRIPTION – CONTESTATION – DECHEANCE

- Toute réclamation concernant un remboursement de prestation ne pourra être reçue deux ans après la date du paiement effectué par la Mutuelle SMI
- En cas de contestation d'un remboursement, le membre participant a la faculté d'adresser une demande au responsable du service Prestations de la Mutuelle SMI
- En cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du membre participant, ce dernier est informé des fautes qui lui sont reprochées et invité à fournir des explications ; la Mutuelle SMI peut prononcer ensuite l'annulation des droits aux prestations et l'exclusion du membre participant, sous réserve des éventuelles poursuites à engager pour le recouvrement des sommes indûment payées.

ARTICLE 9 – AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle est la commission de contrôle des Assurances, des Mutuelles et des Instituts de Prévoyance sise 54, rue de Châteauaudun – 75009 PARIS.

ARTICLE 10 – REVISIONS DES COTISATIONS

Les cotisations sont réévaluées à chaque échéance annuelle en fonction des résultats techniques, des prévisions de consommation et de l'évolution des prestations couvertes.

En cas de modification des dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la Sécurité Sociale entraînant une modification de tout ou partie des engagements de la Mutuelle SMI, le souscripteur et la Mutuelle SMI s'engagent à réviser les cotisations à compter, au plus tôt, de la date d'application par la Sécurité Sociale des dispositions et/ou des bases de remboursement nouvelles. En cas de désaccord, les cotisations et les garanties resteront identiques en valeurs absolues à celles appliquées avant les modifications des dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la Sécurité Sociale ; ces modifications ne pouvant en aucun cas augmenter, en valeurs absolues, les engagements de la Mutuelle SMI.

ARTICLE 11 – SUBROGATION (Extrait de l'Art. 27 des Conditions Générales des contrats « Frais de santé » de la mutuelle SMI, dont dépendent les garanties au verso)

La Mutuelle est subrogée de plein droit aux membres participants et aux ayants-droit, victimes d'un accident dans leur action contre les tiers responsables, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée, et dans la limite des dépenses exposées par la Mutuelle à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

ARTICLE 12 – PRISE D'EFFET ET DUREE D'AFFILIATION

L'affiliation prend effet à la date indiquée sur le certificat d'affiliation.

Le contrat est renouvelable au 1^{er} janvier de chaque année sauf dénonciation par le membre participant envoyée par lettre recommandée au moins deux mois avant l'échéance.

La mutuelle SMI est soumise aux dispositions du livre 2 du code de la mutualité – RNM 784669954